

April 2016



Bericht 6

Psychische Gesundheit über die Lebensspanne

Grundlagenbericht

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird. Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe «**Gesundheitsförderung Schweiz Bericht**» erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen. Die Berichte dienen Fachpersonen in Praxis und Wissenschaft, Medien und Gesundheitspolitik. Sie werden einer Qualitätskontrolle (Reviewboard, Begleitgruppe) unterzogen. Der Inhalt der Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Berichte liegen in der Regel gedruckt und in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber: Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen und Autoren: Dr. phil. Fabienne Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz (Kap. 1, 2, 12); MSc Martina Blaser, Gesundheitsförderung Schweiz (Kap. 1, 2, 12); Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz (Kap. 3); Prof. Dr. Dario Spini, Dr. Stéphanie Pin le Corre und Dipl.-Psych. Hannah S. Klaas, Faculté des Sciences Sociales et Politiques et Pôle de Recherche National LIVES, Université de Lausanne (Kap. 4); Dr. phil. Nadine Messerli-Bürgy und Prof. Dr. Simone Munsch, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Fribourg (Kap. 5); lic. phil. Sabine Brunner, Marie Meierhofer Institut für das Kind (Kap. 6); Dipl. sc. po. Marina Delgrande Jordan und MSc Yvonne Eichenberger, Sucht Schweiz (Kap. 7); Dr. phil. Heinz Bolli-ger-Salzman, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern (Kap. 8); Prof. Dr. Andreas Krause, Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz (Kap. 9); Dr. phil. Martina Zemp und Prof. Dr. Guy Bodenmann, Institut für Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche und Paare/Familien, Universität Zürich (Kap. 10); MSc Veronika Boss, Gesundheitsförderung Schweiz (Kap. 11); lic. phil. Sabine Schläppi, Pro Mente Sana (Informationsboxen psychische Erkrankungen)

Review: lic. phil. Daniela Schuler, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Dr. Alfred Künzler, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz; Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz; Dr. Niklas Baer, Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland; Dr. Margaret Graf, Staatssekretariat für Wirtschaft (Kap. 9); Prof. Dr. Pasqualina Perig-Chiello, Institut für Psychologie, Universität Bern (Kap. 11)

Begleitgruppe: Bettina Abel, Gesundheitsförderung Schweiz; Dr. rer. oec. Paul Camenzind und lic. phil. Daniela Schuler, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Dr. med. Alexander Minzer, Präsident Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP; Dr. Alfred Künzler, Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz; Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz; Dr. Margaret Graf, Staatssekretariat für Wirtschaft; Katrin Jentzsch und Sabina D'Alessandri, Bundesamt für Sozialversicherungen; Fabienne Plancherel, Direktion für Gesundheit und Soziales, Kanton Fribourg; lic. phil. Manuela Meneghini, Amt für soziale Sicherheit Kanton Solothurn; Dr. med. Maria Inés Caravajal, Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz: Dr. Fabienne Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz; MSc Martina Blaser, Gesundheitsförderung Schweiz

Lektorat: Eva Holl, Gesundheitsförderung Schweiz

Reihe und Nummer: Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6

Zitierweise: Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.) (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne

Fotonachweis Titelbild: Fotolia

Auskünfte/Informationen: Gesundheitsförderung Schweiz, Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6, Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00, office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext: Deutsch und Französisch (Kapitel 4 und 7)

Bestellnummer: 03.0139.DE 04.2016

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 03.0139.FR 04.2016).

ISSN: 2296-5629

Download PDF: www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, April 2016

8 Psychische Gesundheit im Jugendalter

Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern

Zusammenfassung

Die psychische Gesundheit von Jugendlichen ist ein multifaktorielles Geschehen. Sie hängt in einem grossen Mass von den Werten und Normen ab, welche die Eltern und die Peers, aber auch die Schulen und Lehrbetriebe vermitteln. Um den Wissens- und Verhaltenstransfer von den Erziehungsverantwortlichen zu den Jugendlichen zu unterstützen, sind Kommunikations- und Persönlichkeitsschulungen anzuregen, von deren Nutzen gute empirische Evidenz vorliegt. Neben strukturellen Massnahmen und Angeboten sollten Jugendliche in ihrer Selbstregulation gefördert werden. Sie nehmen dadurch nachweislich ihren Handlungsspielraum stärker wahr, was wiederum zu einem verbesserten Handlungsrepertoire führt. Die aufgezeigten konkreten Möglichkeiten tragen dazu bei, dass Jugendliche ihr Wohlbefinden verbessern und eine robuste psychische Gesundheit (wieder-)erlangen oder beibehalten können.

8.1 Jugendalter

Ein wesentlicher Grundstein für eine lebenslang anhaltende psychische Gesundheit wird im Jugendalter gelegt (Kuntz et al., 2013). Diese Phase wird als Adoleszenz bezeichnet und «umfasst nach gängiger Lehrmeinung das zweite Lebensjahrzehnt und wird in die frühe, mittlere und späte Adoleszenz unterteilt» (Wicki, 2010, S. 101). Dabei ist sich die Wissenschaft nur bedingt einig darüber, wie die jahresmässige Abgrenzung zu erfolgen hätte: Steinberg (1993) beispielsweise legt die Altersbereiche in der frühen Adoleszenz zwischen 11 und 14 Jahren, in der mittleren zwischen 15 und 17 Jahren und in der späten zwischen 18 und 21 Jahren. Schäfers (2001) hingegen definiert Jugend als die Altersgruppe der etwa 13- bis etwa 25-Jährigen. Dabei stellen die 13- bis 18-Jährigen (pubertäre Phase) die Jugendlichen im engeren Sinne dar; für die 18- bis 25-Jährigen und Älteren setzt sich der Begriff Post-Adoleszente durch. Hurrelmann und Quenzel (2013) sprechen hingegen wiederum von drei Phasen, die sie in eine frühe Jugendphase (die 12- bis 17-Jährigen in der «pubertären Phase»), eine mittlere Jugendphase (die 18- bis 21-Jährigen in der «nachpubertären Phase») sowie eine späte Jugendphase (die 22- bis 27-Jährigen in der Übergangszeit zur Erwachsenenrolle) unterteilen. In dieser sich tendenziell immer weiter ausdehnenden Jugendzeit widerspiegelt sich

ein gesellschaftlicher Trend zur Verlängerung der Jugendphase, der insbesondere im Zusammenhang mit der Verlängerung der Bildungszeit steht, die sich ohne Weiteres bis ins 30. Lebensjahr hinziehen kann (Raithel, 2011), weshalb auch von *emerged youth* gesprochen wird. Die Jugendzeit gilt als abgeschlossen, wenn die soziale und materielle Unabhängigkeit von den Eltern erlangt worden ist.

8.2 Psychische Gesundheit von Jugendlichen in der Schweiz

8.2.1 Prävalenzen, allgemeine Datenlage

Die Mehrheit der Bevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz fühlt sich psychisch und physisch gesund (Schuler & Burla, 2012). Vital und energiegeladener als Ausdruck einer robusten psychischen Gesundheit fühlen sich gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) von 2012 (Bundesamt für Statistik, 2012) 77% der Bevölkerung. Eine grosse Mehrheit der Bevölkerung schätzt zudem ihre Gesundheit allgemein (83%) und ihre Lebensqualität (92%) als gut oder sehr gut ein. Entsprechend fühlt sich eine Mehrheit der Bevölkerung (82%) auch meistens oder immer glücklich. Die Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) von 2012 bestätigen diese Angaben: Knapp drei Viertel der Befragten (71,6%) fühlen sich häufig oder sehr häufig voller

Kraft, Energie und Optimismus (FORS, 2012). Es zeigt sich hier aber ein ausgeprägter Altersgradient, indem sich von den 15- bis 34-Jährigen 78,4% häufig oder sehr häufig kräftig, energisch und optimistisch fühlen, während dieser Anteil bei den über 65-Jährigen auf 63% sinkt (Schuler & Burla, 2012). Diese Zahlen besagen aber auch, dass ein ansehnlicher Prozentsatz (meist im zweistelligen Bereich) der Bevölkerung die genannten Gesundheitsindikatoren als mehr oder weniger nicht erfüllt erlebt. *«Jugendliche und junge Erwachsene fühlen sich überwiegend gesundheitlich gut oder sehr gut. Psychische Beschwerden sind – insbesondere bei weiblichen Jugendlichen – trotzdem häufig: Zum Beispiel geben 15% der jungen Frauen sowie 8% der jungen Männer mittlere bis schwere depressive Symptome an, ein Anteil, der im späteren Lebensverlauf abnimmt»* (Bachmann et al., 2015, S. 17). *«[...] «Von den 15- bis 34-Jährigen gehen 3–4% im Laufe eines Jahres in Behandlung. Bei den 15- bis 20-jährigen Jugendlichen geben fast die Hälfte der Mädchen und rund ein Drittel der Jungen an, dass sie wegen Nervosität und Stress Hilfe bräuchten. Die zweithäufigste Angabe ist die Deprimiertheit»* (Hilti, 2012, S. 221). Zahlen der WHO und aus deutschen Untersuchungen berichten für Kinder und Jugendliche eine Prävalenz von psychischen Krankheiten von ca. 20%. Die 3- bis 12-Monats-Prävalenzen der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter betragen bei den Angststörungen 10,4%, bei Störungen des Sozialverhaltens (dissoziale Störungen) 7,5%, bei den affektiven Störungen (Depressionen) 4,4% und bei den hyperkinetischen Störungen ebenfalls 4,4% (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015). Dabei zeigen sich Unterschiede bei den Geschlechtern: Mädchen neigen vermehrt zu internalisierenden psychischen Störungen (Essstörungen [siehe Infobox], psychosomatischen Störungen und ab der Pubertät zu depressiven Erkrankungen und Angststörungen). Knaben hingegen leiden vermehrt unter externalisierenden Erkrankungen (hyperkinetische Störungen, dissoziale Störungen, Störungen aufgrund von Substanzgebrauch) (Ihle & Esser, 2002). *«Ein Drittel der Männer und über die Hälfte der Frauen zwischen 16 und 19 Jahren berichten von Depressionssymptomen. Suizid ist bei jungen Männern die zweithäufigste, bei jungen Frauen die dritthäufigste Todesursache»* (Bachmann et al., 2015, S. 56).

Die Prävalenzkurven verlaufen für die beiden Geschlechter nicht synchron – sie gleichen sich erst im jungen Erwachsenenalter wieder an. Vorher weisen Knaben im Kindesalter und die Mädchen in der Adoleszenz höhere Gesamtprävalenzen auf (Ihle & Esser, 2002).

8.2.2 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Belastungen und Ressourcen

Als Schutzfaktoren haben sich förderliche, verlässliche, sensitive und liebevolle Bindungspersonen vor allem in der frühen Kindheit erwiesen (Laucht, Schmidt & Esser, 2000). Erfahren Kinder und Jugendliche Unterstützung von ihren Eltern, ist ihre Lebenszufriedenheit höher. 16- bis 20-jährige Jugendliche, die über eine gute Elternbeziehung berichten, geben entsprechend seltener Gesundheitsprobleme an (Tschumper, 2003). Weitere externe Schutzfaktoren bezüglich der psychischen Gesundheit von Jugendlichen sind (nach Egle, Hofmann & Steffens, 1997):

- dauerhafte, gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Grossfamilie / kompensatorische Elternbeziehung / Entlastung der Mutter
- gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
- soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
- verlässlich unterstützende Bezugsperson/en im Erwachsenenalter

Jugendliche verfügen aber auch über eine ganze Anzahl von internen Schutzfaktoren, die als determinierend für die psychische Gesundheit aufgefasst werden können. Aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung liegen zahlreiche Konzepte vor, die einen Zusammenhang zur psychischen Gesundheit postulieren und entsprechend als Schutzfaktoren gelten. Ein Zusammenhang ist für alle belegt, aber für die meisten dieser Konzepte liegen keine aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse für Schweizer Jugendliche vor. Einen günstigen Einfluss haben unter anderem:

- eine hohe Selbstwirksamkeit (Bürli et al., 2015; Ravens-Sieberer et al., 2007)
- Optimismus²⁵ (Bürli et al., 2015; Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014; Schuler & Burla, 2012; Ravens-Sieberer et al., 2007)

²⁵ Optimismus kommt im Schweizer Haushalt-Panel unter «Kraft, Energie und Optimismus» vor, die Konstrukte werden aber nicht einzeln konzeptualisiert.

- Autonomie²⁶, verstanden als Gefühl der Freiwilligkeit (Deci & Ryan, 2008)
- ein stabiler Selbstwert (Ravens-Sieberer et al., 2007; Mütsch et al., 2014)
- eine allgemeine Zufriedenheit (mit der Lebenssituation, der Gesundheit, den Beziehungen, der finanziellen Lage usw.) (BAG, 2013)
- allgemeine Lebenskompetenz (Problemlösefertigkeit, Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten, Stress- und Problembewältigungsstrategien) (Radix, 2015; Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014)
- eine adäquate Emotionsregulation (Berking, 2015; Berking & Wuppermann, 2012)
- eine selbstkritische und realistische Selbstwahrnehmung (Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014)
- kreatives Denken (Herbig et al., 2008; Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014)
- kritisches Denken (Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014; z. B. für die kritische Ebene der Gesundheitskompetenzen siehe Abel, Sommerhalder & Bruin, 2011)
- eine hohe Kontrollüberzeugung (Bürli et al., 2015)

Aufgrund der Tatsache, dass für dieses letztgenannte Konzept (der Kontrollüberzeugung) aktuelle Zahlen vorliegen, wird an dieser Stelle, stellvertretend für alle anderen, kurz darauf eingegangen. Unter Kontrollüberzeugung wird «*die subjektive Einschätzung einer Person darüber, inwieweit sie selbst das eigene Leben beeinflussen kann (verstanden). (...)»* (Schuler & Burla, 2012, S. 35). Auch bei diesem Konstrukt zeigt sich in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Bundesamt für Statistik, 2010) ein ausgeprägter Altersgradient, indem Personen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren zu 35% über eine hohe, zu 42,4% über eine mittlere und zu 22,1% über eine tiefe Kontrollüberzeugung verfügen, während die entsprechenden Zahlen für 65-Jährige und Ältere wie folgt lauten: 50,7% verfügen über eine hohe, 33,3% über eine mittlere und 16,0% über eine tiefe Kontrollüberzeugung.

Den Gegenpol zu den Schutzfaktoren stellen die Risikofaktoren dar. Eine Liste der Risiken für die Entstehung von psychischen oder psychosomatischen

Störungen bei Jugendlichen haben Egle und andere (1997, S. 693) zusammengestellt:

- niedriger sozioökonomischer Status
- mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- geringe Schulbildung der Eltern
- grosse Familien bei sehr wenig Wohnraum
- Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind kleiner als 18 Monate
- alleinerziehende Mütter
- autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- psychische oder physische Erkrankung eines Elternteils
- mangelnder Kontakt zu Gleichaltrigen

Ergebnisse aus jüngeren Studien akzentuieren diese Vielfalt von möglichen Störfaktoren auf drei. Zwei davon stammen aus der sozialen Ungleichheitsforschung: Dabei gelten ein niedriger Bildungsstatus der Eltern (Barth et al., 2014; Eschmann et al., 2007), Armut oder Arbeitslosigkeit der Eltern (Neuberger, 1997) und psychische Erkrankungen der Eltern (BAG, 2015, S. 19) als die grössten Risiken für Kinder und Jugendliche, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln. Trotz dieser Gefahren erlebt die grosse Mehrheit der Jugendlichen (90%) von den Eltern Vertrauen und fühlt sich akzeptiert und 80% fühlen sich zudem von ihren Eltern verstanden (Tschumper, 2003) – dies entgegen der landläufigen Meinung, dass die Eltern-Jugendlichen-Beziehungen primär konfliktuös seien.

Neben der Elternbeziehung sind weitere soziale Beziehungen gesundheitsrelevant: Ein Drittel der Menschen, die angeben, keine Vertrauensperson zu haben, fühlen sich psychisch stark belastet, hingegen sind dies nur 15% derjenigen, die zu mehreren Vertrauenspersonen eine Beziehung haben (Schuler & Burla, 2012). Diese Angaben liegen leider nicht nach Altersgruppen aufgeschlüsselt vor, aber die Tendenz dürfte auch bei den Jugendlichen ähnlich sein. Für Jugendliche zentral sind ihre Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen oder Freunde, die Gruppe, in der sie sich für Freizeitaktivitäten aufhalten – diese werden, in Anlehnung an den angelsächsischen Aus-

²⁶ Für eine Auseinandersetzung mit dem Begriff «Autonomie in der Gesundheitsförderung» s. Mattig (2014).

druck, als Peers bezeichnet und üben einen grossen Einfluss auf die sozial-kognitive Entwicklung der Jugendlichen aus. Ob sich der Peer-Einfluss positiv oder eher negativ manifestiert, ist abhängig von einer unüberschaubaren Anzahl von Faktoren, so beispielsweise von der Gruppendynamik, der herrschenden Hierarchie, den gelebten Normen und Werten innerhalb dieser Gruppe, vom Zeitgeist, der momentanen Verfassung der einzelnen Mitglieder sowie vom Persönlichkeitsinventar der Beteiligten. Die Jugendlichen erproben verschiedene Handlungsweisen, darunter pädagogisch wertvolle, aber auch weniger wertvolle, gesellschaftlich erwünschte, aber auch nicht erwünschte oder Selbstwert steigernde, aber auch Selbstwert gefährdende Verhaltensweisen. Dies alles geschieht durch ein Zusammenwirken verschiedenartigster und voneinander abhängiger Faktoren.

Die Möglichkeiten zur positiven Beeinflussung durch die Peers werden in den Peer-Education-Ansätzen, in denen geschulte Peers spezifisches Wissen in ihre Gruppe hineinbringen, als gesundheitsförderliche und präventive Multiplikationsansätze umgesetzt. Solche Umsetzungen finden in der Schweiz zum Beispiel in den Bereichen Förderung der Medienkompetenz (Neumann-Braun et al., 2012) oder Drogenkonsum (Infodrog, 2014; s. auch Infobox Sucht) statt.

8.3 Besondere Herausforderungen für Jugendliche

Die Adoleszenz bildet eine vulnerable und ambivalente Phase der menschlichen Entwicklung, die zwischen Nicht-mehr-Kind- und Noch-nicht-erwachsen-Sein oszilliert. Dabei ist die Adoleszenz geprägt von kulturell und zeitgeschichtlich normativen Entwicklungsaufgaben, die für Jugendliche in unserer modernen westlichen Gesellschaft wie unten stehend umschrieben werden (Oerter & Dreher, 2008):

- Freundeskreis aufbauen
- pubertätsbedingte körperliche Veränderungen akzeptieren
- geschlechtsspezifische Rollen aneignen
- engere, intime Beziehungen aufnehmen
- sich von den Eltern ablösen
- Entscheidungen hinsichtlich Berufswahl treffen
- Vorstellungen über eigene Partnerschaft und Familie entwickeln
- sich selbst kennenlernen und beurteilen

- eigene Weltanschauungen und Einstellungen entwickeln und vertreten
- Zukunftsperspektiven und Lebensziele entwickeln

Exemplarische Fallbeispiele von Herausforderungen von Jugendlichen finden sich in Bolliger-Salzmann et al. (2015). In diesen Einzelschicksalen werden als Herausforderungen zum Beispiel die fehlende elterliche Fürsorge beim Ablösungsprozess oder Mobbing Erfahrungen genannt, die die Entwicklung von sozialen Kompetenzen gefährden. Zudem erschwert ein fehlendes oder schwaches Selbstwertgefühl ganz allgemein die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben, und der Umgang mit Stress kann zu einer grossen Belastung anwachsen. In diesem Lebensalter ist aufgrund der heteronormativen Verhältnisse und wegen erster Konflikte in Paarbeziehungen die Verunsicherung bezüglich der eigenen sexuellen Orientierung sowie der Geschlechtsidentität (besonders trans-, bi- und homosexuelle Jugendliche) gross. Die «Multioptionsgesellschaft» (Gross, 2005) schliesslich bietet beispielsweise eine Vielzahl von Ausbildungsmöglichkeiten an, was leicht zu Überforderungen im Entscheidungsprozess führen kann. Diese Auswahl an möglichen Herausforderungen soll an dieser Stelle genügen, denn eine weitere Aufgabe erwartet die Jugendlichen.

Quasi parallel zur Auseinandersetzung mit den genannten Entwicklungsaufgaben sind Jugendliche gefordert, ihre Identität weiterzuentwickeln. Identität *«wird als Konstrukt entworfen, mit dem das subjektive Vertrauen in die eigene Kompetenz zur Wahrung von Kontinuität und Kohärenz formuliert wird»* (Keupp & Ahbe, 2006, S. 29). Diese etwas sperrige Definition besagt nichts anderes, als dass in die Selbstwirksamkeit vertraut werden muss, um das Gefühl entwickeln zu können, über eine gewisse Zeit (Kontinuität) dieselbe, konsistente Persönlichkeit (Kohärenz) zu sein. Dabei findet Identität für Mead (1968) immer in der Interaktion mit der Gesellschaft, das heisst in den sozialen Interaktionen, letztlich also in der Kommunikation statt. Erikson (1970) sieht in seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung für das Jugendalter folgende zentrale Entwicklungsschritte vor: Die neuen Rollenzuschreibungen (s. die Liste oben in diesem Kapitel), die von den Jugendlichen erfüllt werden sollen, sowie die beschleunigte körperliche Entwicklung erschweren die Identitätssuche und eine Antwort auf die Frage: *«Wer bin ich?»*

Die Identitätsbildung gelingt besser, wenn auf möglichst viele positive Erfahrungen zurückgegriffen werden kann. Von einer Identitätsdiffusion wird gesprochen, wenn dieser Prozess zum Beispiel durch mangelndes Selbstvertrauen erschwert ist und keine stabile Ich-Identität entwickelt werden kann. «Eine Folge davon ist, dass sich solche Jugendliche gerne Gruppen anschliessen, die über klare Strukturen verfügen» (Stangl, 2015).

Einen speziellen Aspekt der Identitätsfindung stellt, besonders im Jugendalter, das Risikoverhalten dar. «Risiken einzugehen bedeutet, sich auf Erfahrungen mit

unsicherem Ausgang einzulassen» (Litau, 2011, S. 35). Dadurch verbreitern sich die Jugendlichen allerdings auch ihren Erfahrungshorizont, indem sie unter anderem Eigenständigkeit, Verantwortung und ihre Handlungsfähigkeit in ihrer natürlichen und sozialen Umwelt erproben und entsprechend daraus Lehren ziehen (nach Litau, 2011). Gesundheitsschädliches Risikoverhalten kann auch Ausdruck von Stress sein, der bei Jugendlichen im familiären, schulischen oder freundschaftlichen Bereich auftreten kann (Plaumann, Busse & Walter, 2006). Stresserleben ist aber mit einer erhöhten Auftretenswahr-

Informationsbox Pro Mente Sana: Essstörungen

Menschen mit einer Essstörung regulieren Ängste, Stress und andere Gefühle über das Essen. Die häufigsten Essstörungen sind die Magersucht (Anorexia nervosa), die Bulimie (Bulimia nervosa) und die Binge-Eating-Störung. Es gibt auch Mischformen dieser Erkrankungen.

Magersucht: Magersüchtige haben eine getrübbte Körperwahrnehmung. Trotz eines tiefen Körpergewichts sind sie überzeugt, zu dick zu sein. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme essen die Betroffenen möglichst wenig oder verweigern die Nahrungsaufnahme ganz. Oftmals treiben sie zusätzlich übermässig Sport oder nehmen Abführmittel zu sich.

Bulimie: Bulimie-Betroffene essen wiederholt in regelrechten Attacken (Heisshungerattacken) grosse Mengen in kurzer Zeit und unternehmen anschliessend gegensteuernde Massnahmen wie Erbrechen, Abführen und andere, um die Gewichtszunahme zu verhindern. Die Essanfälle sind durch ein starkes Gefühl des Kontrollverlusts geprägt.

Binge-Eating (Essattacke): Binge-Eating ist eine Unterform der Bulimie. Im Unterschied zu Bulimie-Betroffenen reagieren Personen mit Binge-Eating-Störung nach den jeweiligen Essattacken nicht mit Gegenmassnahmen. Daher leiden sie auch oft an hohem Übergewicht.

Gefährliche körperliche Folgen: Essstörungen können gefährliche körperliche Folgen wie zum Beispiel Herzrhythmusstörungen haben. Ein Grossteil der Betroffenen wird wieder gesund. Es gibt aber auch chronische Verläufe und Todesfälle aufgrund von Essstörungen.

Prävalenz Schweiz: Die Lebenszeitprävalenz der drei Formen von Essstörungen beträgt 3,5%. Die einzelnen Lebenszeitprävalenzen von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung lagen 2012 bei 1,2%, 2,4% und 2,4% bei Frauen sowie bei 0,2%, 0,9% und 0,7% bei Männern. Anorexia nervosa entsteht typischerweise in der Adoleszenz. Bulimia nervosa und die Binge-Eating-Störung hingegen beginnen eher später – bis zum vierten Lebensjahrzehnt.

Ursachen und vulnerable Gruppen: Die Ursachen von Essstörungen sind multifaktoriell. Risikofaktoren sind familiäre und kulturelle (Schönheitsideal) Aspekte, Belastungen (kritische Lebensereignisse), Anlagefaktoren sowie die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.

Behandlung: Die Behandlungsansätze der verschiedenen Formen von Essstörungen unterscheiden sich. Oftmals ist eine Psychotherapie angezeigt. Medikamente helfen bei allen Formen nur bedingt. Bei Personen mit Magersucht geht es in der Behandlung in erster Linie darum, Vertrauen zum behandelnden Team zu schaffen. Erst danach sind spezifische Massnahmen möglich.

Quellen: Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M. & Dermota, P. (2012). Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz; DSM 5: <http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>.

scheinlichkeit von psychischen Symptomen korreliert (Lohaus, Beyer & Klein-Heissling, 2004). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Jugendalter eine Kumulation verschiedener Entwicklungsschritte und -aufgaben ist, die einzeln für sich genommen schon jeweils eine grosse Belastung darstellen. Kommen verschiedene ungünstige Faktoren zusammen, kann dieser Lebensabschnitt als besonders anfällig für psychische Auffälligkeiten gelten.

8.4 Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

8.4.1 Wie können Jugendliche erreicht werden?

Insbesondere bei Jugendlichen gibt es nicht *die* Zielgruppe. Wichtige Determinanten für ihre psychischen Herausforderungen und ihre Gesundheit sind Geschlecht, Bildungsniveau, Bildungsstand der Eltern, Lebenswelt oder Migrationshintergrund. Es liegt auf der Hand, dass die jeweiligen Jugendlichen in unterschiedlichen Settings unterschiedliche Bedürfnisse haben und dass dementsprechend unterschiedliche Herangehensweisen erforderlich sind, um mit ihnen in Kontakt zu kommen. Dies wird einerseits durch Erwachsene geschehen, die als Multiplikatoren fungieren können: In erster Linie werden dies die Eltern und die Lehrerschaft auf allen Stufen sein. Andererseits wird dies aber auch durch Peers oder Geschwister sowie Erwachsene aus dem sportlichen oder musischen Umfeld, Menschen aus Interessensvereinen, Jugendzentren, Sozialarbeiter oder kirchliche Würdenträger gewährleistet. Die Settings, in denen sich Jugendliche am meisten aufhalten, sind Elternhaus, Schule und Freizeitstrukturen. Alle drei Settings stellen direkte Zugänge zu den Jugendlichen dar, womit den entsprechenden Multiplikatoren (Eltern, Lehrpersonen, Sozialarbeiter usw.) eine entscheidende Rolle zufällt. Neben diesem persönlichen Zugang wird in Zukunft verstärkt der Zugang durch Print- und vor allem digitale Medien eine Rolle spielen. Das Platzieren von fokussierter Information über psychische Gesundheit in Jugend- und Ausgehmagazinen dürfte eine spezifische Subgruppe der Jugendlichen erreichen. Mit dem Entwickeln von gezielten Apps, dem Aufschalten von attraktiven Websites, dem Schreiben von inhaltlichen Blogs oder dem aktiven Agieren in sozialen Netzwerken liessen sich weitere spezifische Subgruppen erreichen.

8.4.2 Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen zu stärken?

Es leuchtet ein, dass der direkte Kontakt zu den Jugendlichen unabdingbar ist, wenn bei ihnen Prozesse zur Selbstwirksamkeit, zu erlebtem Empowerment, zu partizipativen Handlungsstrategien, zur Hinführung zu lösungsorientiertem Denken, zum Aufzeigen von vielfältigen Ressourcen, zu kreativem Tun, zum Vermitteln von Optimismus, Humor und Lebensfreude und so weiter angestossen werden sollen.

Einen direkten Kontakt zu den Jugendlichen haben einerseits Erwachsene in ihrem spezifischen Setting – zum Beispiel die Eltern im Elternhaus, die Lehrpersonen in den Schulen, die Lehrmeister in den Lehrbetrieben, Sozialarbeiter in Freizeitstrukturen, Vorgesetzte am Arbeitsplatz oder Professoren und Dozenten an Höheren Fachschulen, Fachhochschulen oder Universitäten – und andererseits die Peers. Es bietet sich die Erwachsenenwelt zur Multiplikation an:

- Sie begleiten diese jungen Menschen teilweise seit ihrer Kindheit und führen sie in die sozialen Codes und Verhaltensweisen der jeweiligen spezifischen Kultur ein, was als prozedurales Wissen bezeichnet wird.
- Dieses Wissen wird in gesellschaftlichen Systemen vermittelt, womit sich eine systemische Betrachtungsweise anbietet.

Zwei Elemente für die konkrete Erziehungssituation erscheinen wesentlich: eine innere Haltung von Eltern und Lehrern sowie eine gute Kommunikation. Die Erwachsenen können, wenn adäquat geschult, in einem systemischen Ansatz als Multiplikatoren zur Vermittlung und Förderung der erwähnten Prozesse fungieren. Bauer (2007, S. 91) merkt an: *«Eltern spielen für die Frage, ob der Entwicklungs- und Bildungsprozess eines Kindes oder eines Jugendlichen gelingt, die zentrale Rolle.»* Folgt man dieser Logik, so wird deutlich, dass die Eltern «fit» sein sollten, wenn es den Jugendlichen gut gehen soll. Für die Persönlichkeitsentwicklung und die psychische Stärkung genau dieser Zielgruppe ist schon eine stattliche Anzahl von Programmen auf dem Markt, die zu diesem Ziel führen. In Bolliger-Salzman et al. (2015) werden eine Vielzahl von Möglichkeiten, die Eltern in ihrer Erziehungsarbeit unterstützen können, genannt (z.B. Sanders, Cann & Markie-Dadds, 2003; Dink-

meyer, McKay & Dinkmeyer, 2006; www.elternbildung.ch, 2015; www.familienhandbuch.de, 2015; lifematters, 2015). Von pädagogischer Seite wird auch immer wieder ein «Fahrausweis für Eltern» gefordert, und lokale Initiativen in Deutschland zeigen gute Erfolge damit, eine «Schulpflicht für Eltern» umzusetzen (ZDF, 2006), bei der ein zentrales Anliegen lautet: «Wir wollen Eltern helfen, ihre Autorität wiederzufinden.»

Was für die Eltern gilt, kann auch für die Lehrpersonen, Lehrmeister, Vorgesetzte oder Sozialarbeiter als Grundsatz genannt werden: Weiterbildungen, Schulungen und die Möglichkeit zur Reflexion und Persönlichkeitsentwicklung können die Grundlage bilden, dass die Kontakte mit den Jugendlichen prospektiv und fruchtbar gelingen. Beispiele für die Inhalte solcher Lernangebote könnten sein:

- **Kommunikationstrainings:** Das zentrale Element des menschlichen Zusammenseins stellt die Kommunikation dar. Dabei soll nicht von einem Kommunikationskurs die Rede sein, in dem Watzlawick (z. B. Watzlawick et al., 2000) oder die vier Ohren der Kommunikation von Schulz von Thun (2010) repetiert werden, sondern von einer verinnerlichten, assertiven²⁷, alltagsrelevanten Kommunikation (Bolliger-Salzman, 2014).
- **Persönlichkeitstrainings:** Für die Eltern wurde schon eine ganze Anzahl von etablierten und bewährten Programmen genannt (siehe oben). Für Lehrer kann beispielsweise das von der Elternarbeit her bekannte STEP-Programm in seiner spezifischen Ausführung für Lehrpersonen (Dinkmeyer et al., 2011) eine gute Variante darstellen. Für andere Berufsgruppen sollten Kurse oder noch besser ganze Curricula entwickelt werden und in Ausbildungsstätten für Lehrmeister, in Kursangeboten von Grossbetrieben oder staatlichen Verwaltungen oder in Weiterbildungen von HR-Verantwortlichen auf tertiärem Niveau implementiert werden.

Während und nach dem Ablöseprozess von den Eltern sind es dann mehr und mehr die Gleichaltrigen (Peers), die an Einfluss auf Vorlieben, Verhaltensweisen, Ansichten, Meinungen, Werte und Normen

gewinnen. Mit gezielten Multiplikatorenschulungen können Jugendliche von Gleichaltrigen unterstützt werden, ihren eigenen Lebensweg möglicherweise etwas weniger risikoreich zu gehen.

Exkurs zur Systemtheorie

Systemtheorie kann wie folgt definiert werden: *«Sie befasst sich mit dem heute in allen Lebensbereichen als zentral erkannten Problem der Komplexität, das heisst mit dem Problem der Vielschichtigkeit und Vernetzung, mit den Strukturen und Beziehungen sowie den Regeln und Mustern zwischen den Elementen eines Systems. Im Mittelpunkt systemtheoretischer Interessen stehen demnach nicht so sehr die Zustände der einzelnen Teile als vielmehr die Prozesse ihres Zusammenwirkens. Das gilt auf jeder Systemebene, der der Beobachter seine Aufmerksamkeit zuwendet, die individuelle Ebene neuronaler Prozesse ebenso wie der der Familie oder der Schule, wobei jedes System als Teilsystem eines übergreifenden Systems (und umgekehrt) betrachtet werden kann.»* (Rotthaus, 2007, S. 12). Eine solche Betrachtungsweise hat einen Einfluss auf das Verständnis von Erziehung in unserer heutigen Gesellschaft: *«Ziel ist es, auf diese Weise innere Haltungen und Einstellungen bei Eltern, Lehrerinnen und Lehrern, Erzieherinnen und Erziehern anzuregen, aus denen heraus sinnvolles erzieherisches Handeln unter den einmaligen Bedingungen der jeweiligen Einzelsituation möglich wird.»* (Rotthaus, 2007, S. 9). Wird die Systemtheorie auf zwischenmenschliche Probleme oder Konflikte angewendet, so kann argumentiert werden, dass nicht ein (Familien-)System ein Problem als ein zu ihm gehörendes Systemmerkmal «hat», sondern dass sich um ein Verhalten oder ein Thema durch die Kommunikationen darüber ein charakteristisches Problemsystem entwickeln kann: *«Ein Problem <erschafft> ein Problemsystem»* (von Schlippe & Schweitzer, 2009, S. 30). Der Begriff «Problemsystem» meint hier das vielschichtige Ineinandergreifen der verschiedenen Dynamiken und Prozesse, die das hervorbringen, was wir gemeinhin als «Problem» bezeichnen.

²⁷ «Assertivität ist eine entlastende, selbstbestimmte, selbstbewusste und somit gesunde Form der Kommunikation. Sie beinhaltet die Fähigkeit, für sich selbst in einer ehrlichen und respektvollen Art zu sprechen. Ein assertiver Sprech- und Kommunikationsstil liegt in der goldenen Mitte zwischen einem zu passiven und einem zu aggressiven Sprechverhalten.» (Bolliger-Salzman, 2014, S. 55)

Achtsamkeit und Humor sind beispielsweise Haltungen, die sowohl die Kommunikation als auch die Persönlichkeitsentwicklung unterstützen: Achtsamkeit kann zum Beispiel durch das von Kabat-Zinn erarbeitete MBSR-Training (*mindfulness-based stress reduction*) erlangt werden (Kabat-Zinn, 2015), und Humor kann als entspannende Komponente des Alltags eingesetzt werden (Bolliger-Salzman, 2014). Werden diese beiden Elemente erarbeitet (was keine leichte und zudem eine langwierige Aufgabe darstellt), werden sich nachweisliche Veränderungen auf der individuellen neurophysiologischen Ebene einstellen (Davidson & Schuyler, 2015; Hölzl et al., 2008).

Solche Lernprozesse üben einen entscheidenden Einfluss auf individuelle Grundhaltungen aus, wie beispielsweise auf den Umgang mit sich und anderen, auf die Fähigkeit, vertiefte und stabile Bindungen einzugehen, auf eine adäquate Emotionsregulation, auf ein angstfreieres Leben, auf die Selbstwirksamkeit sowie das Erleben von Empowerment, auf das Teilnehmen an den kulturellen Errungenschaften unserer Kultur, das Mitgestalten von politischen Prozessen oder das Partizipieren an ressourcenorientierten Umgangsformen zwischen Mitmenschen. Das Einüben dieser Art der Gelassenheit, gepaart mit dem Verwenden einer assertiven Kommunikation, leistet einer Persönlichkeitsentwicklung Vorschub, die sich, aufbauend auf einer Haltung der Achtsamkeit und Humor, für alle Beteiligten in den jeweiligen Systemen positiv auswirken wird.

8.4.3 Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen zu fördern?

Die konkreten Handlungsansätze aus Kapitel 8.4.2 sind grossflächig und niederschwellig anzubieten. Dabei ist am effizientesten auf verschiedenen Ebenen anzusetzen:

Bei den Eltern

Eine Möglichkeit wären Elternkurse. Diese sind allerdings insofern problematisch, als sich die teilnehmenden Eltern der Gefahr der Stigmatisierung aussetzen (nach der Devise): «Die haben es offenbar nötig.» An Elternabenden nehmen hingegen besonders Eltern aus der Mittelschicht teil, während Eltern von «schwierigen» Jugendlichen fernbleiben. Die Gründe für deren Abwesenheit sind jedoch oftmals gut nachvollziehbar (Schichtarbeit, Sprachpro-

bleme usw.). Dies weist auf ein generelles Problem in der Gesundheitsförderung hin: Vielfach nehmen Personen teil, die bereits viel zum Thema wissen oder tun (Bolliger-Salzman et al., 2015). Solche Argumente müssen sorgsam abgewogen werden – es erscheint aber lohnenswert, sich Gedanken in diese Richtung zu machen. Zielführende, spezifische Elternkurse könnten zum Beispiel über Elternvereine, Mütter- und Väterberatungsstellen, Gemeinden oder die Schulen ausgeschrieben werden.

In den Schulen (Sekundarstufe II)

Neben den genannten Möglichkeiten zur Schulung von Lehrpersonen sollten fachspezifische Inhalte im Lehrplan verankert werden, damit sämtliche Schülerinnen und Schüler davon profitieren könnten. Inhaltlich könnten dies Fächer sein wie zum Beispiel Kommunikation, Stressmanagement, Achtsamkeit, Humor, assertive Kommunikation, aber auch praktische Stunden in Yoga, Qi-Gong, Progressive Muskelrelaxation, Alpha-Relaxing, MBSR-Trainings oder Meditation sind denkbar. Das Ziel soll dabei immer sein, die Ressourcen der Jugendlichen zu stärken, sie für ihre individuellen Entscheide zu befähigen (Empowerment), den Umgang mit ihrer Emotionsregulation und mit Stress zu verbessern, die Kommunikationsfähigkeit zu erhöhen und mit einer gewissen Gelassenheit im Alltag zu bestehen.

In Lehrbetrieben

Die Ziele sind dieselben wie in den Schulen, aber die strukturellen Voraussetzungen sind verschieden, sodass ein Teil dieser Lernziele in den Gewerbeschulen vermittelt werden müsste, was einerseits in Konkurrenz steht zum schon vorhandenen Lehrstoff und andererseits zur ohnehin schon beschränkten Anwesenheit der Lernenden in den Betrieben. Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen Grossbetrieben und KMU: In Grossbetrieben kann von einem professionellen HR ausgegangen werden, das über die Ressourcen verfügt, die Mitarbeitenden umfassend zu betreuen, auch Jugendliche im Bereich der psychischen Gesundheit. In KMU wird es entscheidend auf die Führungskräfte ankommen – immerhin existieren schon geeignete Programme (www.kmu-vital.ch).

An Höheren Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten

Diese Lehranstalten sind prädestiniert für Kopflastigkeit: Strukturell wären da zum Beispiel Angebote im musischen Bereich (Einrichten eines Musik- und eines Malzimmers), im psychomotorischen Bereich (Einrichten einer Kletterwand) und im Stressmanagement-Bereich (Einrichten eines Entspannungszimmers für Meditation oder Power-Napping) eine solide Grundlage. Denkbar wären auch (je nach Schultyp) obligatorische oder freiwillige Kurse und Weiterbildungen wie in den Schulen. Einige Institutionen (z.B. Universitäten) bieten seit Jahren eine Vielzahl von solchen Möglichkeiten innerhalb ihres Uni-Sport-Angebots an.

Beispielprojekt LIFT (Leistungsfähig durch individuelle Förderung und praktische Tätigkeit)

Das vom Netzwerk sozial verantwortliche Wirtschaft (www.nsw-rse.ch) lancierte Projekt LIFT ist ein Integrations- und Präventionsprogramm an der Schnittstelle zwischen Volksschule (Sek I) und Berufsbildung (Sek II).

LIFT richtet sich an Jugendliche zwischen dem 7. und dem 9. Schuljahr, die sich im Hinblick auf den Berufseinstieg und/oder die Lehrstellensuche in einer erschwerten Ausgangslage befinden (z. B. ungenügende Leistungen, Motivationsschwierigkeiten, fehlende Unterstützung oder tiefer Selbstwert).

Kernelement von LIFT sind regelmässige Kurzeinsätze, sogenannte Wochenarbeitsplätze, die in der schulfreien Zeit in verschiedenen Gewerbebetrieben geleistet werden. Jugendliche mit einem Wochenarbeitsplatz verrichten während mindestens 3 Monaten wöchentlich 2–3 Stunden einfache Arbeiten im gleichen Betrieb. Gleichzeitig werden sie im Rahmen eines Modulkurses von Fachpersonen auf die Arbeitswelt vorbereitet und begleitet. Im Jahr 2014 nahmen fast 100 Schulen aus der ganzen Schweiz am Projekt teil, und rund 1000 Jugendliche verfügten über einen solchen Wochenarbeitsplatz.

(Binding-Stiftung, 2015; Jugendprojekt LIFT, 2015)

Freizeit

Am heterogensten präsentiert sich das Feld der Freizeitaktivitäten. Es lassen sich drei grosse, unterschiedliche Felder ausmachen:

1. Bei den strukturierten Freizeitangeboten gibt es eine spezielle Subgruppe, die vermutlich mit dem geringsten Aufwand erreicht werden kann: nämlich diejenigen Jugendlichen, welche Freizeitangebote konsumieren, die von geschulten Personen geleitet werden, beispielsweise von Jugendsozialarbeiterinnen und -sozialarbeitern im Rahmen von Sportvereinen oder von kirchlichen Angeboten.
2. Das pädagogische Hintergrundwissen der Leitungspersonen kann sich stark unterscheiden (z. B. handwerklicher Kurs der Migros-Klubschule, alternative Rockband, Heimatchor, BMX-Teams, politische oder konfessionelle Jugendgruppe usw.).
3. Daneben existiert selbstverständlich eine Vielfalt von nicht strukturierten Freizeitangeboten: Junge Menschen treffen sich oft spontan, machen kurzfristig per SMS oder WhatsApp ab und gehen dann in einer Clique mit ihren Kolleginnen und Kollegen an Partys oder zum Shoppen, sie grillieren im Sommer, hören gemeinsam Musik, etwa in einem öffentlichen Park, sehen sich einen Film bei einem oder einer von ihnen zu Hause an oder entspannen sich schlicht gemeinsam.

Es liegt auf der Hand, dass die Erreichbarkeit der Jugendlichen in den drei genannten Feldern degressiv ist: Die erste Gruppe lässt sich aufgrund der professionellen Führung dieser Angebote am leichtesten erreichen. Für die zweite Gruppe wird das schon komplizierter, weil viele dieser Angebote zwar von Expertinnen und Experten ihres Fachs, aber psychologischen Laien geleitet werden. Doch wird man grundsätzlich in beiden Fällen nach einem ähnlichen Muster vorgehen, um die Jugendlichen zu erreichen: Die Schlüsselpersonen müssen in einem ersten Schritt identifiziert und angesprochen werden. Im günstigsten Fall sind sie bereit, sich auf einen Prozess einzulassen, der ihnen persönlich und den Jugendlichen viel bringen kann. Die Rolle als Multiplikatoren sollte für sie attraktiv und einleuchtend sein und mit wenig Aufwand zu guten und greifbaren Resultaten führen.

Für die dritte Form von Aktivitäten kommt eigentlich nur eine aufsuchende Begleitung infrage, was eine Vielzahl von rechtlichen, finanziellen und ethischen Problemen aufwerfen würde.

Fazit: Werden die Jugendlichen als Teil eines Systems betrachtet, so zeigt sich der Zugang zu ihnen als ein Weg über settingspezifische Multiplikatorinnen und Multiplikatoren: Im Setting Elternhaus sind dies die Eltern, im Setting Schule die Lehrpersonen, in den Lehrbetrieben die Lehrmeister, in den tertiären Bildungseinrichtungen die Dozierenden und im Setting Freizeit sind dies entweder professionelle Begleiter oder Peers. Auf der Verhältnisebene soll-

ten strukturelle Angebote geschaffen werden, beispielsweise Kurse (z.B. für Kommunikations- und Persönlichkeitsschulungen) oder spezifische Beratungsstellen, aber auch Infrastrukturen für Freizeitaktivitäten, zur Förderung der psychomotorischen Fähigkeiten oder Angebote im Bereich der Entspannung, des Sports oder in musischen Disziplinen. Ganz im Sinne des Ergebnismodells der Gesundheitsförderung (Cloetta et al., 2005) werden sich diese Strukturen auf den Verhaltensebenen sowohl der Multiplikatoren als auch der Jugendlichen zeigen.

8.5 Literaturverzeichnis

- Abel, T., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2011). Health Literacy / Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: BZgA, S. 337-340.
- Anliker, S., Conrad, C., Holdener, E., Rimann, N. & Sandmeier, A. (2014). *Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen in Bildungseinrichtungen. Bildung + Gesundheit Netzwerk Schweiz. Referat an der 3. Netzwerktagung Psychische Gesundheit Schweiz an der Swiss Public Health Conference 2014*. http://sph14.organizers-congress.ch/downloads/presentations/SessionsC/C5_Conrad.pdf (Zugriff: 1.12.2015).
- Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz. Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Schweiz. Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Bern: Hogrefe.
- Barth, J., Hofmann, K., & Schori, D. (2014). Depression in early adulthood: prevalence and psychosocial correlates among young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, 144, 1-8.
- Bauer, J. (2007). *Lob der Schule: Sieben Perspektiven für Schüler, Lehrer und Eltern*. Frankfurt: Hoffman und Campe.
- Berking, M. (2015). Ausgangspunkt: Emotionsregulation und Psychische Gesundheit. In: M. Berking (Hrsg.), *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer. S. 7-16.
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and health: State of the art. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Binding-Stiftung (2015). Jugendprojekt LIFT – eine Chance für Jugendliche, Schulen und Wirtschaft. <http://www.binding-stiftung.ch/de/jugendprojektlift.php> (Zugriff: 23.9.2015).
- Bolliger-Salzmänn, H., Müller, V., & Omlin, M. (2015). *Psychische Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Bericht mit Grundlagen, Zahlen, Beispielen und Empfehlungen*. Aarau: Departement Gesundheit und Soziales.
- Bolliger-Salzmänn, H. (2014). *Emotionale Klarheit. Das Arbeitsbuch mit Stichworten, Erläuterungen, Überlegungen, Ausführungen und Übungen zur Leichtigkeit des Seins. Ein Aufruf zur sozialen, politischen und ökologischen Verantwortung*. Köniz: hbs-Verlag.
- Bundamt für Gesundheit (2013). Psychische Gesundheit und Psychische Krankheiten. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14150/?lang=de> (Zugriff: 1.12.2015).
- Bundesamt für Statistik (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2012). Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html
- Bundesamt für Statistik (BFS). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel. BFS.

- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret/band-6-gesundheitsfoerderung-durch-lebenskompetenzprogramme-in-deutschland/> [Zugriff: 1.12.2015].
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Cloetta, B., Spörri-Fahrni, A., Spencer, B., Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U. & Ruckstuhl, B. (2005). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention* (2. Version). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Davidson, R.J. & Schuyler, B.S. (2015). Neuroscience of Happiness. In: J. Helliwell, R. Layard & J. Sachs (Hrsg.). *World Happiness Report 2015*. New York: Sustainable Development Solutions Network. A global initiative for the United Nations. S. 88-105.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008). Self-Determination: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Dinkmeyer, D. Jr., McKay, G.D. & Dinkmeyer, D. Sr. (2006). *STEP – Das Elternbuch, Kinder ab 6* (2. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Dinkmeyer, D. Sr., McKay, G.D. & Dinkmeyer, D. Jr. (2011). *STEP – Das Buch für Lehrer/innen: Wertschätzend und professionell den Schulalltag gestalten*. Weinheim: Beltz.
- Egle, U.T., Hofmann, S.O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* 9, 555-562.
- elternbildung.ch (2015). www.elternbildung.ch/index_deutsch.html [Zugriff: 16.2.2015].
- Eschmann, S., Weber Häner, Y. & Steinhausen, H. C. (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4):270-279.
- familienhandbuch.de (2015). www.familienhandbuch.de [Zugriff: 16.2.2015].
- FORS Surveys, Schweizer Haushalt-Panel (SHP) 2012. <http://forscenter.ch/de/our-surveys/schweizer-haushalt-panel/>.
- Gross, P. (2005). *Die Multioptionengesellschaft* (10. unveränderte Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Herbig, B., Glaser, J. & Gunkel, J. (2008). *Kreativität und Gesundheit im Arbeitsprozess – Bedingungen für eine kreativitätsförderliche Arbeitsgestaltung im Wirtschaftsleben*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hilti, N. (2012). *Prävention von Angststörungen bei Kindern und deren Mütter*. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg, Schweiz. Berlin: epubli GmbH.
- Hölzl, B.K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K. & Vaitl, D. (2008). Investigations of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive Affective Neuroscience* 3 (1), 55-61.
- Hurrelmann, K. & Albrecht, E. (2014). *Die heimlichen Revolutionäre – Wie die Generation Y unsere Welt verändert*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2013). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (12. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Infodrog (2014). *Arbeit mit Peers im Suchtbereich in der Schweiz*. Leitfaden der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht Infodrog: Bern.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Was ist Aufmerksamkeit? <http://www.arbor-seminare.de/was-achtsamkeit-ist> [Zugriff: 21.8.2015].
- Keupp, H. & Ahbe, T. (2006). *Identitätskonstruktion. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowolt.
- Kuntz, B., Ziese, T. & Lampert, T. (2013): Endlich erwachsen – unendlich gesund?! *Impulse* 78, 2-3.

- Kühne, M. & Bosshart, D. (2014). Der nächste Luxus. Was uns in Zukunft lieb und teuer sein wird. GDI Studie 41. Rüschlikon: Gottlieb Duttweiler Institut.
- Laucht, M., Schmidt, H & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 97-108.
- lifematters (2015). www.lifematters.com (Zugriff: 16.2.2015).
- Litau, J. (2011). *Risikoidentitäten. Alkohol, Rausch und Identität im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Lohaus, A., Beyer, A. & Klein-Heissling, J. (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* (36), S. 38-46.
- Mattig, T. (2014). *Autonomie als Herausforderung für die Gesundheitsförderung*. Arbeitspapier 19. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Mead, G.H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Schweizer Manifest für Public Mental Health. Public Health Schweiz. http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-002.pdf (Zugriff: 30.9.2015).
- Neuberger, C. (1997). Auswirkungen elterlicher Arbeitslosigkeit und Armut auf Familien und Kinder. In: Otto, U. (Hrsg.), *Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 79-122.
- Neumann-Braun, K., Kleinschnittger, V., Baumgärtner, M., Klug, D., Preite, A. & Preite, L. (2012). *Das pädagogische Konzept der Peer Education im Rahmen der Medienkompetenzförderung und Jugendmedienschutz* (Forschungsbericht 15/12). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Auflage). Weinheim: PVU. S. 271-332.
- Plaumann, M., Busse, A. & Walter, U. (2006). Stressbelastung und ihre Prävention im Kindes- und Jugendalter. In: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), *Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Weissbuch Prävention 2005/2006*. Heidelberg: Springer.
- Radix (2015). Psychische Gesundheit in der Schule. <http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Psychische-Gesundheit/PU9ZI/> (Zugriff: 30.11.2015).
- Raithel, J. (2011). *Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung* (2. überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Springer.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 810-818.
- Rotthaus, W. (2007). *Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung*. Heidelberg: Carl Auer.
- Sanders, M.R., Cann, W. & Markie-Dadds, C. (2003). The triple P – Positive Parenting Program. A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child abuse review* 12, 155–171.
- Schäfers, B. (2001): *Jugendsoziologie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulz von Thun, F. (2010). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (48. Auflage). Reinbek: rororo.
- Steinberg, L. (1993). *Adolescence*. New York: McGraw Hill.
- Tschumper, A. (2003). *Psychosoziales Umfeld: Tragfähige persönliche Beziehungen als gesundheitliche Ressource*. Institut für Psychologie der Universität Bern. In Zusammenarbeit mit den beiden Forschungsteams HBSC und SMASH.
- Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2009). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2000). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (12. Aufl.). Bern: Huber.
- Wicki, W. (2010). *Entwicklungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.
- ZDF (2006). Schulpflicht für Eltern. Heute.de – das Magazin vom 6.5.2006. www.nao.be.schule.de/schule/presse/zdf_05_06/heute_05_06.html (Zugriff: 16.2.2015).